

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

STÉNOSES RECTALES

APRÈS CURIETHÉRAPIE

POUR CANCER DU COL UTÉRIN

Travail du Centre anticancéreux de Bordeaux (Professeur RÉCHOU)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Décembre 1932

PAR

André-Henri-Émile BELLONNE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PAPEETE (Tahiti), le 1^{er} septembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉCHOU, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		VITTE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548423_0051

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

STÉNOSES RECTALES APRÈS CURIETHÉRAPIE POUR CANCER DU COL UTÉRIN

Travail du Centre anticancéreux de Bordeaux (Professeur RÉCHOU)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Décembre 1932

PAR

André-Henri-Émile BELLONNE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PAPEETE (Tahiti), le 1^{er} septembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉCHOU, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		VITTE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen,



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	" " dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie),
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DOUFOR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MON PERE

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MIRGUET

*Médecin en chef de la Marine,
Ancien Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie,*

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE LE MOIGNIC

*Médecin en chef de 1^{re} classe de Réserve de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie,
Sénateur de l'Inde française.*

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE
DE SANTE DE LA MARINE

A TOUS MES AMIS

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE TOULON :

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BAIXE

Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL LE BOURGO

Chevalier de la Légion d'honneur,

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL GOURIOU

Officier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE DUPAS

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE :

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CHARPENTIER

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL LE BOURGO

Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CARBONI

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BRETTE

Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL LE CHUITON

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE MÉDECIN DE 1^{re} CLASSE KÉRAUDREN

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PHARMACIEN CHIMISTE DE 1^{re} CLASSE QUÉRÉ

A MES MAÎTRES DE L'EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MONSIEUR LE DOCTEUR NANCEL-PÉNARD

*Directeur du Service d'électrothérapie et de radiologie
de l'Hôpital Saint-André,
Licencié ès sciences.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR RÉCHOU

*Professeur d'Electro-radiologie et de Clinique d'électricité médicale,
Directeur du Centre régional de lutte contre le Cancer
de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Docteur ès sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR WANGERMEZ

*Radiologiste des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique d'électricité médicale,
Ancien Interne des Hôpitaux,
Lauréat de la Faculté.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional de lutte contre le Cancer
de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RÉCHOU

*Professeur d'Electro-radiologie et de Clinique d'électricité médicale,
Directeur du Centre régional de lutte contre le Cancer
de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Docteur ès sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail nous a été inspirée par M. le Professeur Jeanneney et par M. le Docteur Wangermez, qui, par les nombreux travaux qu'ils ont faits sur ce sujet et par leurs précieux conseils, ont grandement facilité notre tâche. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sentiments les plus reconnaissants.

Nous tenons à remercier aussi M. le Professeur Bégouin et M. le Docteur Parcelier pour les observations personnelles qu'ils nous ont communiquées.

Que M. le Professeur Réchou veuille bien accepter ici l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
STÉNOSES RECTALES
APRÈS CURIETHÉRAPIE
POUR CANCER DU COL UTÉRIN

INTRODUCTION — IMPORTANCE DE LA QUESTION

En présence d'un malade qui, à la suite d'un traitement par le radium, présente une diminution de calibre du rectum avec quelques signes de rectite et des émissions sanguinolentes, il faut penser à la *nature cicatricielle* possible de ces troubles rectaux.

Le diagnostic entre une invasion néoplasique et une sténose cicatricielle se pose alors. Diagnostic gros de conséquence, car la conduite à tenir dans chaque cas est toute différente.

En présence d'une extension néoplasique, le médecin se trouve presque désarmé, et seule la morphine avec la radiothérapie palliative constitue sa dernière ressource thérapeutique. Or, la morphine, qui favorise la stase intestinale, et la radiothérapie (surajoutée à un premier traitement pour le cancer du col) risqueraient d'avoir un effet désastreux si, dirigées contre une extension néoplasique, elles s'adressaient

en réalité à des lésions cicatricielles dues au premier traitement par la thérapeutique radiante.

De plus, prendre un rétrécissement cicatriciel pour une extension néoplasique, c'est porter un pronostic fatal chez des malades qui, par une thérapeutique bien conduite, peuvent souvent être améliorés et qui, dans les cas les plus graves, d'ailleurs exceptionnels, sont toujours ramenés à la santé par un anus artificiel.

Il est donc indispensable de connaître ces complications rectales, d'y songer et de ne jamais conclure à une extension néoplasique sans les avoir auparavant éliminées.

HISTORIQUE

En parcourant la bibliographie traitant des accidents consécutifs à la curiethérapie pelvienne, on reste étonné du peu de place consacrée aux sténoses post-curiethérapiques.

En 1917, l'Américain Bailey les mentionne pour la première fois, et il conclut, d'une façon trop pessimiste d'ailleurs : « Le rétrécissement du rectum et les fistules recto et vésico-vaginales ont été notés trop souvent (et il est probable que beaucoup de cas n'ont pas été rapportés) dans nos principales cliniques pour que nous osions dire que le radium puisse être utilisé sans aucune crainte ».

En 1919, le même auteur signale un cas intéressant. Quoique guérie d'un néo du col par une application de radium (un examen histologique pratiqué à la suite d'une hystérectomie totale démontra qu'il n'y avait plus de cellules cancéreuses), cette malade présenta « un pont d'induration au niveau des ligaments utéro-sacrés, comprimant le rectum ».

En 1922, l'Allemand Kolde, dans ses *Contributions au traitement des lésions du rectum consécutives aux irradiations*, observe une fistule recto-vaginale et un rétrécissement du rectum « en diaphragme » survenant à la suite d'une application de radium.

En 1928, Vianney publie dans la *Loire Médicale* un cas de rétrécissement avec fistule recto-vaginale.

Mais ce n'est qu'en janvier 1929 qu'apparut une étude complète sur la question. Tous les auteurs, jusqu'à cette époque, s'étaient bornés à présenter des observations sans chercher à approfondir la pathogénie de ces sténoses. MM. Jeanneney et Wangermez essayèrent les premiers de résoudre ce délicat

problème. A différentes reprises (Société anatomo-clinique de Bordeaux, *Journal de Médecine de Bordeaux*, communication au XXXIX^e Congrès français de chirurgie), ils montrèrent qu'il s'agit de rétrécissements cicatriciels consécutifs à une rectite intense.

Quelques semaines après (juin 1929), et sans avoir connu les travaux de l'Ecole de Bordeaux, Bérard, de Lyon, signalait 5 cas de sténoses dans la thèse de Mugniery d'abord, puis dans le *Lyon chirurgical* avec Creyssel, expliquant ces lésions par une pathogénie toute différente : « Il s'agit beaucoup plus de sténose périrectale que de rétrécissement rectal vrai. »

En 1930 apparaissent les travaux de l'Ecole allemande (Publications de Wille et de B. Ottow).

Enfin, à la même époque, Bensaude, Oury, Godard, publient 5 observations dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*.

Frappé par la divergence d'opinion des auteurs sur la nature même des faits observés et par les nombreuses controverses soulevées au sujet de leur pathogénie, il nous a paru intéressant, tout en présentant des observations nouvelles, de faire un travail de mise au point sur la question.

ETUDE CLINIQUE

La lecture des observations qui sont rapportées ci-après montre nettement qu'il peut exister au niveau du rectum deux catégories de *rétrécissements postcuriethérapiques*.

Les uns, les plus fréquents, peuvent être appelés *rétrécissements intrinsèques*, parce qu'ils semblent secondaires à des lésions de rectite et qu'ils s'accompagnent d'altérations nettes de la muqueuse.

Les autres, qu'on peut appeler *rétrécissements extrinsèques*, sont réalisés par une sclérose périrectale sans lésion de la muqueuse.

A cette dualité anatomique correspond une dualité clinique donnant à l'une et à l'autre de ces deux catégories de rétrécissement une symptomatologie assez particulière pour les différencier.

I. — RÉTRÉCISSEMENT INTRINSÈQUE.

Ou rétrécissement rectal vrai, étudié par Jeanneney et Wangermez. Il est l'aboutissant de lésions de la muqueuse rectale du type *brûlure radiologique*. Il s'agit d'une cicatrice de brûlure par radiomucite avec rétraction et sclérose donnant un diaphragme ou un tunnel scléreux diminuant le calibre rectal. Souvent, dans ces cas, toutes les tuniques rectales et le tissu cellulaire périrectal réagissent et engainent les lésions pariétales d'un manchon fibreux.

Il importe cependant de bien savoir que *toutes les rectites radiothérapiques ne sont pas obligatoirement suivies de sténose*. Très souvent, les douleurs, les émissions muco-puru-

lentes et même sanguinolentes disparaissent quatre ou cinq semaines après le traitement sans laisser aucune trace.

Quelquefois, cependant, cette rectite constitue la phase de début de l'évolution d'une sténose, évolution que Jeanneney et Wangermez divisent en trois périodes :

Période de rectite aiguë. — Apparaissant le plus souvent quelques jours après la fin du traitement curiethérapique. La malade ressent des épreintes; des douleurs rectales irradient vers le périnée, les organes génitaux et les cuisses; elles sont beaucoup plus intenses que dans les rectites banales qui suivent souvent le traitement curie ou radiothérapique et qui guérissent en quelques semaines.

Le tableau clinique est complété par du ténesme, des faux besoins fréquents avec émissions de gaz mouillés et des écoulements de glaires souvent sanguinolents et de muco-pus. Il existe à ce stade peu de signes physiques, le toucher rectal et la rectoscopie étant rendus très difficiles en raison des douleurs provoquées par l'examen. L'état général est souvent très atteint.

Au lieu de rétrocéder comme d'ordinaire, ces signes persistent et passent à la chronicité.

Période de rectite chronique sténosante. — Si la rectite chronique apparaît le plus souvent comme l'aboutissant d'une rectite aiguë par atténuation progressive des symptômes, il n'en est pas toujours ainsi, et certaines malades entrent peu à peu, en quelques semaines ou en quelques mois, dans cette seconde phase de leur maladie, alors que chez elles la première phase a été assez insignifiante pour passer presque inaperçue. Il en est de ces rectites chroniques d'emblée comme de certaines radiodermites chroniques, non ulcérées parfois, qui font une apparition tardive au niveau des champs cutanés irradiés.

A cette période, les signes de rectite s'amendent, les douleurs deviennent plus sourdes, le ténesme diminue, les faux besoins sont moins fréquents (3 ou 4 fois par jour seulement).

Seuls les écoulements de mucus et de pus persistent, abondants et gênant la malade.

Par le toucher rectal on sent une muqueuse rude, cartonnée, sèche, mais relativement régulière.

La rectoscopie montre un conduit dont la souplesse est diminuée avec une muqueuse recouverte de membranes diphtéroïdes et fissurées.

Peu à peu, en six mois ou un an, l'affection évolue vers la troisième période.

Période de sténose. — Aux signes de rectite chronique, qui peuvent persister longtemps, se superpose un syndrome clinique caractérisé surtout par des troubles de la défécation : ils sont plus ou moins marqués selon le degré de la lésion. Les selles deviennent rares et difficiles, les matières moulées sur le rétrécissement sont étirées, laminées. Enfin, apparaissent des alternatives de constipation et de débâcle diarrhéique. La constipation, l'infection, les douleurs, ne tardent pas à retentir sur l'état général de la malade, qui s'affaiblit, s'anémie, devient anorexique et maigrit considérablement.

Le toucher rectal, qui est souvent douloureux, met en évidence un *rétrécissement en entonnoir* plus ou moins serré, en virole ou en diaphragme simple. Les tuniques sous-jacentes à la muqueuse sont dures, rigides, cartonnées; le tout est immobilisé le plus souvent dans le petit bassin par une gangue de périrectite. La muqueuse elle-même est, ou bien absente (lésions de radiodermite avec ulcérations entretenues par l'infection normale du conduit), ou bien scléreuse, infiltrée et collée sur les plans profonds. On ne peut, en aucun cas, la faire rouler sous le doigt.

Ce tableau clinique, facile à identifier, est différent de celui de la seconde catégorie, que nous allons maintenant envisager.

II. — RÉTRÉCISSEMENTS EXTRINSÈQUES.

Ou sténoses péri-rectales de Bérard et Mugniery.

Ici, pas de signes prémonitoires. C'est peu à peu et insensiblement que s'installent chez la malade les signes de *sténose cicatricielle*. Il faut savoir que très souvent à cette période de sténose constituée, les troubles fonctionnels sont relativement peu marqués.

C'est dans ces cas que se voient les formes monosymptomatiques, le symptôme révélateur pouvant être la constipation ou la diarrhée.

Souvent même ces sténoses sont remarquablement silencieuses, l'examen seul les faisant parfois découvrir.

L'état général n'est pas ou est peu touché.

Cette symptomatologie atténuée s'explique facilement lorsqu'on pratique le toucher rectal. Au lieu de tomber sur un infundibulum cartonné, fixé et indilatable, le doigt trouve, à 6 ou 8 centimètres de l'anus, un rétrécissement quelquefois en diaphragme, mais le plus souvent incomplet (sténose partielle constituée par des brides fibreuses refoulant la paroi rectale). Dans tous les cas, la muqueuse, qui est demeurée souple, roule sur l'obstacle et l'anneau cicatriciel, extensible, laisse facilement passer le doigt.

Ces constatations cliniques font immédiatement saisir pourquoi cette seconde catégorie (sans rectite et avec rétrécissement souvent incomplet et toujours extensible) présente une symptomatologie plus frustre que la première.

EVOLUTION

Les rétrécissements intrinsèques sont la plupart du temps bien tolérés. Cependant, les douleurs de rectite (qui conduisent parfois la malade à rechercher la constipation) et les écoulements retentissent assez vite sur l'état général. On peut voir chez ces malades, au cours d'un traitement diathermique, des réveils parfois intenses, des phénomènes rectaux (obs. II).

Ces rétrécissements peuvent aboutir à l'obstruction intestinale et nécessiter un anus de dérivation (obs. I).

Retenons cependant qu'en général la tolérance est bonne.

Les rétrécissements périrectaux sont le plus souvent parfaitement tolérés pendant de longues années. Très facilement extensibles, ils n'apportent qu'une gêne relative au passage des matières. Ils sont d'ailleurs souvent découverts par hasard au cours d'un examen sans que la malade attire aucunement l'attention à ce sujet.

DIAGNOSTIC

En fait, le problème est le suivant : S'agit-il d'un rétrécissement cicatriciel ou d'une extension néoplasique.

Il est des cas où le *toucher rectal* suffit : les noyaux durs, friables, de l'extension néoplasique, souvent localisés au niveau de la paroi rectale antérieure, sont assez aisément reconnaissables. Dans certains cas, cependant (formes infiltrantes à évolution lente), il est difficile, sinon impossible, par le seul toucher, d'affirmer qu'il s'agit de réactions cicatricielles et non d'une évolution squirrhuse lente. Il est alors indispensable de pratiquer des examens complémentaires.

RECTOSCOPIE. — Cet examen est également caractéristique dans le cas de *stricture périrectale*. On trouve au niveau du rétrécissement une muqueuse blanchâtre, mais souple. L'anneau de sténose se laisse, en général, facilement franchir par le rectoscope. Il est facile de confirmer par une prise biopsique l'intégrité de cette muqueuse.

Dans le cas de *rétrécissements intrinsèques*, on tombe sur un infundibulum rigide, cartonné, d'aspect blanc nacré, avec anneau de striction absolument inextensible.

Donc, l'aspect rectoscopique des rétrécissements cicatriciels intrinsèques est typique. Il suffit de l'avoir vu une fois pour en faire ensuite facilement le diagnostic.

Cependant, très souvent, la rectite chronique persiste longtemps, et on trouve, au niveau des parois rectales sténosées, de petites ulcérations d'aspect nécrotique entretenant les écoulements de muco-pus avec léger suintement sanguin.

La *biopsie* est difficile dans ce dernier cas : les pinces ordinairement employées dérapent sur la paroi rigide et car-

tonnée. L'examen des débris ramenés montre des tissus sphacélés avec leucocytoses et petits caillots sanguins. Ces biopsies, habituellement négatives quant à la structure du rétrécissement, permettent cependant d'éliminer une extension néoplasique pour laquelle une prise au niveau des bourgeons reste en général relativement facile.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE ⁽¹⁾. — L'image radiographique est typique dans les *cas de sténose, sans lésions muqueuses*. On trouve, comme le signale M. Wangermez, à quelques centimètres de l'anús, un rétrécissement en virole donnant au rectum l'aspect en sablier. Les contours sont absolument réguliers. Cet aspect pourrait presque à lui seul permettre d'éliminer l'extension néoplasique.

Dans les *sténoses intrinsèques* après rectite, on trouve quelquefois un aspect à peu près analogue, en virole, en entonnoir ou en sablier plus ou moins régulier, mais le plus souvent, dans cette seconde catégorie, les irrégularités du contour intestinal ne permettent pas d'être aussi affirmatif.

EN RÉSUMÉ, les différents examens que nous venons d'envisager *combinés, confrontés et discutés* permettent, le plus souvent, d'arriver avec une assez grande certitude au diagnostic différentiel.

Ils permettent, en même temps, et ceci avec une certaine facilité, de dire si on a affaire à une sténose périrectale ou à un rétrécissement intrinsèque.

N'oublions point toutefois que dans certains cas compliqués d'une rectite intense et s'accompagnant d'un état général très déficient, le diagnostic avec une extension néoplasique sera délicat. En effet, les signes cliniques, le toucher rectal, la rectoscopie, l'examen radiographique, ne seront pas toujours catégoriques. Dans ces cas, la biopsie, lorsqu'elle est possible, sera d'une grande utilité pour éclaircir le diagnostic.

(1) Il est pratiqué à l'aide d'un mélange de vaseline rendue opaque par une petite quantité de gélobarine. On obtient ainsi un moulage plus facile de la cavité et de ses déformations.

PATHOGENIE

On ne peut invoquer, sauf des cas exceptionnels, des fautes de technique.

Dans nos observations, tout au moins, *la dose de radium employée a toujours été normale* : elle n'a jamais dépassé 70 mcd. Ces doses sont absolument identiques à celles reçues par les 700 malades du Centre dont nous avons examiné les dossiers.

Le tableau ci-joint indique d'ailleurs les modalités thérapeutiques et la dose pour chacune de nos observations.

La filtration doit être également mise hors de cause pour la même raison.

La même remarque s'applique aussi à *l'association des traitements curie et radiothérapiques*. Depuis plusieurs années déjà, toutes les malades du Centre reçoivent à la fois le traitement curiethérapique et les séances de radiothérapie. Ces facteurs, s'ils étaient à l'origine des rétrécissements cicatriciels, devraient donc jouer dans un plus grand nombre de cas.

Est-ce que l'extension primitive des lésions néoplasiques explique la pathogénie de ces sténoses ?

Mugnieri, dans sa thèse, pense que les strictures périrectales s'expliquent anatomiquement par l'existence d'une gaine cellulaire faisant « le tour du rectum en formant un cylindre complet ». Le rétrécissement serait dû « au développement d'une cicatrice périrectale, retractile, consécutive à la fonte du tissu cellulaire des paramètres, en particulier les ligaments utéro-sacrés envahis par le cancer ».

Doses		Obs. n°	Dose totale. mcd
intracervicale.	intravaginale.		
3 tubes à 10 mg.	2 tubes à 10 mg.	IX...	62
»	»	X....	56
»	»	XXIV.	57
»	»	XXII..	64
»	»	V....	56
»	»	VI. . .	56
»	»	XI....	64
»	»	VII...	56
2 tubes à 10 mg.	2 tubes à 10 mg.	XVI..	44,1
»	»	XIV..	56
»	»	XXIII.	70,4
»	»	II....	70
»	»	I.....	63
1 tube à 10 mg.	2 tubes à 10 mg.	XII...	X
»	»	XX...	X
8 aiguilles à 2 mg.	2 tubes à 10 mg.	III....	68
»	»	IV. . .	66,2
1 ^o 125 mg. de Br ² Rad. (*) par tube en faisceau dans le fond du vagin. D. : 3 j. dose, 39,6.		XV...	X
2 ^o 25 mg. + 50 mg. Br ² Rad.	25 mg. + 25 mg. Br ² Rad.		
50 mg. + 50 mg. Br ² Rad.	25 mg. + 25 mg. Br ² Rad. D. : 95 h.	XVIII.	62,7
Pas de précision sur le mode d'application du radium.		XIX..	20
»	»	XXI..	59
Aucune donnée pour la dose.		XIII..	X
»		VIII..	X
»		XVII..	X

(*) Le Br²Rad. anhydre contient 68,61 % de Rad. — 1 mg. de Br²Rad. produit par heure 0,004401 mcd.

Remarquons tout de suite que dans 3 (Obs. XIX-XXI-XXII) sur les 7 cas de rétrécissement extrinsèque présentés ci-joint, il existait avant le traitement de l'infiltration cliniquement décelable des ligaments utéro-sacrés.

Mais immédiatement une objection s'est présentée à l'esprit de l'auteur : objection identique à celle que nous venons de formuler pour les causes précédentes. Si l'extension du néoplasme était l'unique cause des sténoses, pourquoi ne les rencontrerait-on pas plus souvent, étant donné le grand nombre de cas très étendus soumis aux radiations ? Pourquoi, d'autre part, l'observe-t-on lorsqu'il n'y a pas propagation, je veux dire dans les bons cas, comme par exemple dans l'observation VIII ?

Mugniery est conduit de cette façon à admettre l'existence d'un facteur supplémentaire consistant en une infiltration inflammatoire surajoutée. Malheureusement, aucune des malades observées à Lyon n'a présenté de poussées thermiques.

Par contre, sur les 7 cas de sténose périrectale publiés ci-après, 3 (XXIII, XXI, XX) ont présenté des poussées thermiques très nettes pendant ou après le traitement par les radiations, 4 ont fait une sténose cicatricielle sans aucune élévation thermique.

Ici encore, étant donné le grand nombre de malades présentant des lésions étendues avec poussées inflammatoires au cours du traitement, on peut s'étonner du petit nombre de sténoses consécutives.

Cependant, l'explication de Mugniery doit être retenue, nous semble-t-il, tout au moins comme cause favorisante des *rétrécissements extrinsèques*. Il y aurait donc, dans ces cas, *substitution d'un tissu de cicatrice au tissu cellulaire pelvien, qui était le siège d'une infiltration néoplasique à laquelle se surajoutait une infiltration inflammatoire.*

Par contre, dans toutes les observations de *rétrécissements intrinsèques*, le toucher rectal et la rectoscopie montrent que la sténose a été précédée de lésions de radiomucite compli-

quées de signes de rectite. *Quelle est l'origine de cette radiomucite ?*

MM. Jeanneney et Wangermez ont été les premiers à l'expliquer. Elle est due, disent-ils, *non point à une faute de technique*, mais à un *accident* survenant au cours du traitement curiéthérapique, accident imputable très souvent à l'indocilité des malades.

Quand on pratique actuellement un traitement radiumthérapique pour cancer du col, on place dans le canal cervical une sonde avec 2 ou 3 tubes à 10 milligrammes. Dans le vagin, on dispose un colpostat de Regaud. Ce petit appareil permet de maintenir dans le fond des culs-de-sac deux bouchons en position verticale (la malade étant supposée couchée). Or, dans 17 cas rapportés, il a été impossible, pour des raisons diverses (étroitesse du vagin, difficulté de mise en place), de placer un colpostat. C'est là, semble-t-il, un facteur favorisant le déplacement des tubes de radium.

On a cependant essayé de maintenir les *bouchons* par des tampons placés dans la cavité vaginale. Mais, pour une cause accidentelle due souvent à l'indocilité de la malade (traction intempestive sur une mèche dépassant à la vulve, efforts, toux), le bouchon peut quitter la position verticale et devenir horizontal. De plus, pour les mêmes raisons, la sonde peut se déplacer et, quittant le canal cervical, tomber dans le cul-de-sac postérieur.

Les lois de la propagation de l'énergie radiante et le tracé des courbes d'isodose d'un tube de radium montrent qu'un de ces déplacements, même de courte durée, peut donner au niveau de la muqueuse rectale et du tissu cellulaire périrectal une dose très supérieure à celle escomptée.

La sensibilité toute spéciale de la muqueuse rectale vis-à-vis des traumatismes, infections et radiations, explique les lésions de radiomucite qui s'ensuivent.

EN RÉSUMÉ, *la pathogénie des rétrécissements intrinsèques relève d'un processus de radionécrose suivi d'ulcérations dont la cicatrisation est à l'origine de la sténose.*

TRAITEMENT

Tant qu'il existe des symptômes de rectite, les malades sont soulagées et améliorées par des *petits lavements calmants* avec 1 ou 2 grammes d'antipyrine et une dizaine de gouttes de laudanum de Sydenham. Les compresses chaudes, l'aspirine, l'extrait thébaïque et la belladone, à petites doses, peuvent également calmer les douleurs; mais le traitement de choix reste le petit lavement antipyriné. Il est à noter que les suppositoires sont, en général, très mal tolérés.

A la période de sténose, *la dilatation simple* et *la diathermie rectale* suivant la technique de Bensaude nous ont donné des améliorations passagères et inconstantes. Dans un cas, l'extension progressive de la sclérose a nécessité un *anus iliaque de dérivation*.

Le plus souvent, il suffit de faire prendre à la malade des laxatifs quotidiens, et en particulier de l'huile de paraffine, pour obtenir un fonctionnement intestinal satisfaisant.

FREQUENCE

Grâce à l'amabilité de M. le Professeur Réchou et du Docteur Wangermez, nous avons pu rechercher systématiquement au Centre anticancéreux de Bordeaux l'existence de sténose rectale postcuriethérapique.

Sur plus de 700 cas de néoplasme utérin observés au stade d'inopérabilité et traités par le radium, nous n'avons trouvé que 16 cas compliqués de sténose.

Cette statistique accuse donc un pourcentage de 2 p. 100, ce qui montre que c'est là une *complication curiethérapique assez rare*.

OBSERVATIONS

M. le Professeur Bégouin et M. le Professeur agrégé Jeanneney ont bien voulu nous signaler l'un 2, l'autre 5 cas survenus dans leur clientèle privée.

Nous devons une autre observation à l'obligeance du Docteur Parcelier.

Ces observations, jointes à celles du Centre, forment un total de 24 cas que nous présentons ci-dessous : 7 sont des rétrécissements extrinsèques, 17 des rétrécissement intrinsèques.

I. — Rétrécissements intrinsèques.

OBSERVATION I.

(Malade du Professeur agrégé JEANNENEY.)

J... (M.).

Août 1926 : Gros épithélioma bourgeonnant du col.

Application de 2 tubes intracervicaux et de 2 bouchons dans les culs-de-sac. *Dose*, 63 *mcd*.

Bon résultat immédiat; apparition, quelques semaines plus tard, de crises de coliques calmées par des lavements antipyrines et quelques suppositoires.

Novembre 1926 : Constipation chronique s'installe, traitée par l'huile de paraffine.

Mars 1927 : Infiltration cicatricielle rectale secondaire à la rectite.

Avril 1927 . La malade fait une crise de subocclusion qui nécessite un anus artificiel.

Novembre 1928 : Sténose rectale persiste, très serrée, infranchissable. Etat général excellent.

1932 : Très bon état général et local.

OBSERVATION II.

(Malade du Centre.)

M... (H.), 43 ans.

Novembre 1927 : Epithélioma ulcéro-bourgeonnant du col avec extension au cul-de-sac vaginal gauche. 2^e degré avancé sans infiltration étendue du paramètre.

Curiethérapie : 1 sonde intracervicale avec 2 tubes à 10 milligrammes et 2 bouchons dans les culs-de-sac latéraux. *Dose*, 70 mcd.

Du 9 décembre au 17 décembre. *Traitement radiothérapique*. Ce traitement est interrompu le 17 décembre 1927 à cause de la rectite intense présentée par la malade.

De janvier à juillet 1928, on peut suivre la cicatrisation des lésions cervico-vaginales. Petit vagin infundibuliforme souple. On suit en même temps l'évolution d'une rectite d'abord intense, qui aboutit, en juillet 1928, à la formation d'un rétrécissement cicatriciel situé à 5 centimètres de l'orifice anal. Ce rétrécissement induré est difficilement franchi par le doigt.

La *rectoscopie* montre un rétrécissement en entonnoir à parois blanchâtres, dures, cartonnées, avec orifice supérieur inextensible.

La *radiographie* montre une région rectale inférieure normale et, à 5 centimètres, un rétrécissement localisé à contours irréguliers. Il s'agit nettement d'un rétrécissement secondaire à la rectite avec participation de la muqueuse.

De juillet 1928 à janvier 1929 : séances de dilatation à l'aide de bougies de Hegar.

En 1929, fait à plusieurs reprises une série de séances de diathermie qui améliorent la malade.

OBSERVATION III.
(Malade du Centre.)

L... (M.), 40 ans.

Traitée en décembre 1927 pour un épithélioma bourgeonnant du col utérin. Nettement inopérable, infiltration bilatérale du paramètre, 3^e degré.

Décembre 1927 : *Curiethérapie* (aiguillage) et pose de 2 bouchons dans les culs-de-sac latéraux. *Dose*, 68 mcd.

A la suite du traitement curiethérapique, la malade se trouve fatiguée et présente des phénomènes de rectite.

En janvier 1928, on entreprend le *traitement radiothérapique*, mais, le 19 janvier, la malade, fatiguée, est obligée de l'interrompre.

20 mars 1928 : Rectite toujours en évolution. T. R. douloureux. Emission de glaires et de sang par l'anus.

En avril 1929, diminution des signes de rectite aiguë. On trouve, à 5 centimètres de l'anus, un rétrécissement dur avec muqueuse fixée. Le doigt a la sensation d'une paroi rectale cartonnée, épaissie, fixée, et ne peut franchir le rétrécissement.

La *rectoscopie* montre au fond d'un infundibulum une muqueuse rectale blanchâtre avec ulcérations d'aspect radionécrotique. L'anneau cicatriciel n'est pas dilatable et semble fixé dans un bloc de périrectite. Il s'agit d'un rétrécissement intrinsèque, c'est-à-dire développé aux dépens des parois rectales avec périrectite concomitante.

En mai 1928, état inchangé, T. R. toujours douloureux. Pas revue depuis.

OBSERVATION IV.
(Malade du Professeur agrégé JEANNERET.)

E... (L.), 56 ans.

Janvier 1928 : Epithélioma du col forme bourgeonnante, 3^e degré.

Curiethérapie locale (aiguillage), 8 aiguilles à 2 milligrammes et 1 tube central (nu avec gaine en caoutchouc). Dans chaque cul-de-

sac latéral, un tube dans une gaine en caoutchouc enveloppé dans de la gaze (l'étroitesse du vagin ne permettant pas la mise en place de bouchons ordinaires). *Dose*, 66,2 *med*.

Février 1928 : *Radiothérapie* : 12.000 R sur 4 champs, suivie d'une rectite intense avec évolution progressive vers la sténose.

Avril 1929 : Col en excellent état.

T. R. : A bout de doigt, on sent, dans l'ampoule rectale, qui est infundibuliforme, un orifice circulaire dur, fibreux, fixé. Pas d'hémorragie à l'examen. Il existe une fistule recto-vaginale.

Juin 1930 : Etat local inchangé. Excellent état général.

Rectoscopie, à quelques centimètres de l'anus un rétrécissement fibreux, blanchâtre, fixé; le doigt se trouve comme dans un entonnoir cartonné.

1932 . Très bon état général; fistule recto-vaginale guérie. Rétrécissement inchangé, mais non gênant.

OBSERVATION V.

(Malade du Centre.)

B... (A.), 45 ans.

Epithélioma cratériforme du col, développement surtout endocervical. Blocage des paramètres.

Mars 1928 : *Curiethérapie* : 1 tube intracervical avec 3 tubes de 2 milligrammes et 2 bouchons vaginaux. *Dose*, 56 *med*.

Radiothérapie : 1.200 R sur 4 champs. Pendant le traitement, la malade présente des signes de rectite assez intense.

Janvier 1929 : Etat très satisfaisant pour le col. Présente actuellement un rétrécissement rectal annulaire admettant le bout du doigt. Sensation de paroi cartonnée, mais encore légèrement extensible.

OBSERVATION VI.

(Malade du Centre.)

M... (A.), 51 ans.

Avril 1928 : Epithélioma bourgeonnant du col étendu aux parois vaginales (variété baso-cellulaire). Infiltration du paramètre, 3^e degré au début.

Curiethérapie : 1 sonde intracervicale avec 3 tubes à 10 milligrammes et 2 bouchons dans les culs-de-sac latéraux. Dose, 56 mcd.

Radiothérapie . 12.000 R sur 4 champs.

La malade est suivie d'avril 1928 en janvier 1929. Bon état local au niveau du vagin. Evolution d'une rectite chronique avec formation d'une sténose partielle cicatricielle nette en janvier 1929.

OBSERVATION VII.

(Malade du Centre.)

M... (D.), 45 ans.

Avril 1928 : Epithélioma bourgeonnant du col avec propagation aux culs-de-sac vaginaux et *infiltration des paramètres*.

Avril 1928 : *Curiethérapie* : 1 sonde intracervicale avec 3 tubes à 10 milligrammes et 2 bouchons dans les culs-de-sac latéraux. Dose, 56 mcd.

Mai 1928 : *Traitement radiothérapique* : 12.000 R sur 4 champs.

De juin à janvier 1929 : Les lésions vaginales et cervicales évoluent vers la cicatrisation complète pendant que s'installe une rectite chronique aboutissant à un léger rétrécissement cicatriciel.

Avril 1930 : Persistance du rétrécissement du rectum laissant passer l'extrémité de l'index. L'anneau cicatriciel est dur, avec muqueuse fixée. Pas de sang au toucher.

OBSERVATION VIII.

(Malade du Professeur agrégé JEANNENEY.)

Mme J... (V.), 57 ans.

Epithélioma du col au début.

Juin 1928 : *Curiethérapie* locale suivie de rectite pendant plusieurs mois.

Janvier 1929 : Souffre encore beaucoup de l'anus, avec émission de glaires et de peaux.

T. R. : A 5 centimètres dans le rectum, on trouve un rétrécissement en virole, fixe, avec lésion muqueuse et péricrectite concomitante.

— OBSERVATION IX.

(Malade du Centre.)

Mme C..., 33 ans.

En juillet 1928 : Epithélioma baso-cellulaire du col forme ulcéro-bourgeonnante avec extension à la paroi antérieure du vagin et *infiltration du paramètre*, surtout à gauche. 3° degré.

Juillet 1928 : Pose de radium : une sonde intracervicale avec 3 tubes à 10 milligrammes et 2 bouchons dans les culs-de-sac latéraux. *Dose*, 62 *mcd*.

On entreprend immédiatement un traitement *radiothérapique* : 1.200 R sur 4 champs. Quitte l'hôpital avec de légers signes de rectite.

Cette rectite évolue pendant quatre à cinq mois et, en décembre 1928, le T. R. montre un rectum infundibuliforme à parois fibrosées. Au fond de cet infundibulum se trouve un orifice légèrement extensible.

La *rectoscopie* : Une muqueuse blanchâtre, fibreuse, cicatricielle. Le rectoscope ne peut dépasser le rétrécissement.

La *radiographie* (injection de vaseline bismuthée) montre un rétrécissement serré situé à 5 ou 6 centimètres de l'orifice anal.

Il s'agit d'un rétrécissement développé aux dépens de la paroi avec participation de la muqueuse.

OBSERVATION X.

(Malade du Centre.)

D... (R.), 40 ans.

Epithélioma ulcéro-bourgeonnant, spino-cellulaire, avec extension au paramètre surtout marquée à gauche.

Septembre 1928 : Pose du radium : une sonde intracervicale avec 3 tubes à 10 milligrammes et un bouchon avec un tube à 10 milligrammes dans chacun des culs-de-sac latéraux. *Dose*, 56 *mcd*.

Octobre 1928 : *Radiothérapie* : 12.000 R sur 4 champs.

Les traitements radio et curiethérapiques sont suivis d'une rectite intense.

Mars 1929 : *T. R.* : A 3 ou 4 centimètres de l'anus, un rétrécissement dur, fibreux, fixé. Après anesthésie de la région anale, l'examen aux valves montre un infundibulum tapissé par une muqueuse blanchâtre avec quelques petites ulcérations d'aspect nécrotique.

La *radiographie* confirme l'examen clinique. On préconise un traitement diathermique, très irrégulièrement suivi d'ailleurs. Pas d'améliorations appréciables.

OBSERVATION XI.

(Malade du Centre.)

L... (A.), 41 ans.

Septembre 1928 : Epithélioma bourgeonnant du col avec envahissement des culs-de-sac et du paramètre. 3^e degré. La malade a été opérée. Laparotomie exploratrice subtotale.

Curiethérapie : 1 sonde intracervicale avec 3 tubes à 10 milligrammes et 2 bouchons dans les culs-de-sac. *Dose*, 64 mcd.

Octobre 1928 : *Radiothérapie* : 8.000 R ur 4 champs.

Etat local satisfaisant.

T. R. : A 6 centimètres, rétrécissement infundibuliforme serré, que le doigt ne peut dépasser.

Rectoscopie : Montre les mêmes caractères que dans l'observation II. Malgré un traitement diathermique, l'état reste stationnaire. La malade va bien à la selle en prenant des petits laxatifs quotidiens.

OBSERVATION XII.

(Malade du Centre.)

M... (C.), 57 ans.

Décembre 1928 : Epithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome utérin.

Pose de radium : 1 bouchon médian et 2 bouchons latéraux dans les culs-de-sac.

Au cours du même mois, on complète par un *traitement radio-*

thérapique. 12.000 R sur 4 champs. Traitement suivi d'une rectite intense qui évolue pendant un an.

Janvier 1930 : *T. R.* : A 5 centimètres de l'anus, rétrécissement scléreux.

Rectoscopie : Muqueuse sclérosée blanchâtre.

Une série de séances de diathermie améliore légèrement la malade.

OBSERVATION XIII.

(Malade du Professeur agrégé JEANNENEY.)

Mme O...

Epithélioma du col.

Novembre 1929 : *Curiothérapie* et *radiographie*.

Rectite intense jusqu'en janvier 1930. Après une rémission de un mois, reprise des douleurs rectales. On pratique un examen radiographique, et le spécialiste non averti conclut à une extension néoplasique, d'où traitement par extrait de tumeur. On fait, à deux reprises, une nouvelle radiographie, qui montre une évolution nette vers la sténose cicatricielle d'ailleurs peu serrée.

OBSERVATION XIV.

(Malade du Centre.)

M... (C.), 51 ans.

Diagnostic : Néo du col.

En septembre 1929, elle consulte le Docteur Delas, qui l'adresse au Professeur Loubat, lequel conseille une opération, mais la malade ne souffrant pas refuse de se faire opérer.

Depuis un an, la malade a continué à perdre tous les jours un peu de pus, et, de temps à autre, elle a constaté un tâche de sang sur son linge.

Aucune douleur.

Pas de dysurie.

Pas de troubles à la défécation.

Examen :

9 décembre 1930 : *T. V.* : Col induré, surtout la lèvre postérieure. Pas de bourgeons. Cul-de-sac postérieur induré.

Aux valves : lèvre postérieure du col augmenté de volume, débordant dans le cul-de-sac postérieur. Pas de bourgeons.

T. R. : Le toucher rectal montre un rectum libre et une paroi recto-vaginale souple.

Paramètres assez souples.

En résumé, épithélioma du col. 2^e degré.

19 décembre 1930 : *Curiethérapie* : 1 sonde intracervicale, 10 + 10 milligrammes R. A. E. ; 1 colpostat, 10 + 10 milligrammes.

Dose journalière, 6,4.

6 au 27 janvier 1931 : *Radiothérapie* : 18 séances d'une heure, 4 champs.

30 avril 1931 : Malade encore en réaction, fond vaginal rouge, oedématié, saignant.

T. R. : très difficile. Il persiste des symptômes de rectites avec émission sanguinolente.

6 août 1931 : *T. V.* : Masse dure située sur la paroi postérieure du vagin bombant en avant et empêchant de toucher le col.

T. R. : Dououreux, signes de rectite. Induration assez basse, située antérieure et droite.

18 juin 1932 : Même état que précédemment.

OBSERVATION XV.

(Malade du Professeur BÉGOIN.)

Mme G..., 37 ans.

Epithélioma du col : Forme ulcéro-végétante.

Histologie (Dr Bonnard) : Epithélioma baso-cellulaire.

15 avril 1931 : Sous mélange B :

1^o Curettage : L'orifice du col est impossible à trouver;

2^o Application de 125 milligrammes de bromure de radium par tubes en faisceaux dans le fond du vagin. Durée, 3 jours (Dr Lafargue).

15 mai 1931 : Deuxième application de 125 milligrammes de bromure de radium en 4 tubes (25 + 50 dans le col; 2 de 25 dans les culs-de-sac).

Jusqu'au 25 décembre 1931, très bon état général et local.

En janvier 1932, a commencé à souffrir de l'anús, ne peut aller à la selle et souffre au point de ne pouvoir dormir, pas de vomissements, le ventre n'est pas ballonné.

Toucher sous chlorure d'éthyle : A 7 ou 8 centimètres de l'anús, le doigt sent une masse irrégulière, du côté gauche, du volume d'une grosse datte bosselée. En arrière et à droite, la masse se continue, formant presque un anneau complet; en avant, l'anneau est bridé, la muqueuse ne glisse pas. Le doigt fait saigner : on a l'impression d'un cancer.

A l'*anuscope*, on voit immédiatement une sécrétion noirâtre, mais il n'existe pas de tumeur. Une surface de 2 ou 3 centimètres de long sur 2 centimètres de large est nécrosée et a l'aspect d'une brûlure. La masse est recouverte d'une muqueuse rouge, saignante au contact, mais non ulcérée.

Est-ce un noyau inflammatoire ou un noyau néoplasique de la base du ligament large ? Ceci est moins probable en raison de la forme en anneau rétrécissant le rectum, ce qui n'est pas habituel dans les envahissements du ligament large.

Devant les risques d'infection créés par une biopsie, on renonce à la faire. En tout cas, l'idée d'un cancer du rectum doit être éliminée et il doit s'agir d'une brûlure par le radium.

2 mars 1932 : Continue à souffrir de coliques, faux besoins, ne dort pas. Amaigrissement, perte de force.

T. R. : Montre les 3/4 du cylindre antérieur commençant à 7 ou 8 centimètres, mamelonné, induré, analogue à la sensation du cancer. Mais ne saigne pas, et le doigt ramène des débris sphacelés. A l'*anuscope*, on voit, en effet, un aspect sphacélique. Des débris noirâtres se détachent d'une muqueuse saine à ce niveau, il reste simplement une bande postérieure.

T. V. : Ne montre pas de masse néoplasique, ni induration simplement fibreuse.

En somme, bon état général au point de vue de son cancer, mais ulcération postradique extrêmement marquée, très douloureuse, n'empêchant pas cependant les garde-robes.

23 mai 1932 : Depuis le milieu d'avril, a cessé de souffrir, dort, mange. Etait restée quatre mois au lit avec des souffrances considérables : amaigrissement. Des lavages au chloral l'ont calmée.

11 juillet 1932 : Très bon état général et local.

Résumé : D'octobre 1931 à mai 1932, a souffert atrocement, a maigri de 16 kilos.

Etat actuel : Bon état général. Bon état local.

OBSERVATION XVI.

(Malade du Centre anticancéreux de Bordeaux.)

D..., 55 ans.

Diagnostic : Néo du col.

Malade envoyée par M. le Professeur Guyot pour un néo du col pour lequel l'intervention chirurgicale n'est pas justifiée. Elle a été déjà opérée, en 1912, à Bel-Air, par M. Charbonnel, qui lui fait une hystérectomie subtotale. A ce moment, elle avait des métrorragies et des pertes blanches.

À la suite de cette opération, elle est restée trois ou quatre ans sans perdre du tout, puis elle a commencé à perdre un liquide roussâtre, pas très abondant, nauséabond; ces pertes, d'abord, sont intermittentes, durent cinq ou six jours, puis cessent, mais bientôt elles deviennent quotidiennes, les douleurs apparaissent à peu près à ce moment, siégeant dans le bas-ventre, s'irradiant vers l'estomac, les lombes, mais aussi vers les cuisses.

Cet état se continue jusqu'en avril 1931 où, sur les conseils de son médecin, elle entre à la clinique André-Boursier, qui l'envoie au Centre.

Examen histologique : Epithélioma spino-cellulaire.

1^{er} juin 1931 (O. C.) : Traitement le 20 mai 1931 : Pose de R. A. E. = 1 tube devant le col, 10 + 10; 1 colpostat, 10 + 10 milligrammes R. A. E.

Dose journalière : 6,4 med.

Le radium est supporté sans incident.

27 mai 1931 : Ablation. Durée totale : 44,1 med.

1^{er} juin : Début radiothérapie.

27 juin 1931 : Fin de la radiothérapie.

24 septembre 1931 : Etat local aussi favorable que possible.

10 décembre 1931 : Etat local parfait, vagin souple, rien à signaler du côté des paramètres, par ailleurs, la tumeur malaire, il existe des plaques dermiques au niveau de la face.

18 mars 1932 : Pas de pertes, bon état général, se plaint de pesanteur hypogastrique. Pas de tumeur profonde.

T. R. : La paroi antérieure du rectum au niveau de l'ampoule présente une ébauche de rétrécissement fibreux, un peu dur. Pas de sang.

OBSERVATION XVII.

(Malade du Docteur PARCELIER.)

Mme J... (L.), 44 ans.

En décembre 1930 : *Radiumthérapie* : elle se porte très bien, a de l'appétit, engraisse et ne souffre plus.

26 mars 1931 : Elle souffre en allant à la selle; ces selles contiennent des filets de sang et se font de plus en plus rares et douloureuses.

La malade rentre alors dans le service du Docteur Parcelier. Signes fonctionnels : selles une fois par semaine environ, pénibles, difficiles, accompagnées d'une petite hémorragie, les matières sont déformées, rubannées en vrilles.

Etat général considérablement amaigri, teint jaune, pas de fièvre.

T. R. : 6 centimètres après l'anus, on sent un rétrécissement en forme de diaphragme. On peut introduire difficilement l'extrémité de l'index dans l'espace resté libre. Les parois sont très peu rigides.

T. V. : Le vagin est symphysé.

16 mai 1931. L'examen pratiqué avec des valves rectales montre l'orifice inférieur du rétrécissement rectal que l'on peut dilater

suffisamment pour examiner les parties sus-jacentes. A ce niveau, la muqueuse rectale apparaît sphacélique, grisâtre, sèche, évidemment vouée à l'élimination.

Traitement par dilatation et huile de paraffine.

II. — Rétrécissements extrinsèques.

OBSERVATION XVIII.

(Malade du Professeur BÉGOIN.)

Mme D..., 53 ans.

28 septembre 1932 : Epithéliome infiltré de tout le col avec épaissement notable de tout son contour. Infiltration dans les culs-de-sac vaginaux (base du ligament large). Inopérable. Epithéliome baso-cellulaire.

La mise en place des tubes de radium est difficile, le rétrécissement des culs-de-sac vaginaux rend la pénétration laborieuse. Application de 150 milligrammes de radium en 4 tubes à l'ordinaire pendant quatre-vingt-quinze heures. Résultat immédiat : fatigue, pâleur. Aucun signe d'inflammation pelvienne.

11 décembre 1922 : Pas de douleurs, ni pertes.

6 mars 1923 : Bon état général. Vagin rétréci en cône souple, mobilité revenue complète.

4 juin 1923 : Bon état général. T. V. : Le vagin est terminé par un petit entonnoir étroit, dont les parois sont la muqueuse rosée et craquelante ordinaire.

15 octobre 1924 . Très bon état général et local.

13 janvier 1925 : Depuis trois semaines, la malade a des pertes. Pas de douleurs. Bon état général.

T. V. : Fond du vagin rétréci en un canal du volume d'un crayon, d'aspect fibreux et rose craquelé. A 2 ou 3 centimètres dans le canal, la curette ramène des bourgeons charnus qui saignent avec assez d'abondance et tout d'un coup donnent issue à un flot de pus (1/4 de verre) qui semble venir du corps utérin. Désinfection à l'eau oxygénée. Après trois jours, il n'y a plus de rétention et semble assez désinfecté pour une application de radium.

16 janvier 1925. Curettage. Application de 75 milligrammes de radium en 2 tubes pendant cinquante et une heures. Jusqu'au 25 janvier 1926, tout va bien.

14 juin 1926 : Aucune perte, aucune douleur. Très bon état général. Vagin rétréci, le doigt ne peut pas pénétrer jusqu'à dans le cul-de-sac final. Bon état local, semble-t-il.

Dans le rectum diaphragme, comme congénital, paroi postérieure mince, plus épaisse en avant (les tissus sont un peu indurés néoplasiquement). Rétrécissement qui admet seulement le bout du doigt.

Cependant, avec des laxatifs, va très bien à la selle.

27 juin 1927 : Aucune perte, aucune douleur. Très bon état général. Au toucher rectal, à 5 centimètres de l'anus, rétrécissement en diaphragme annulaire admettant tout juste la pulpe de l'index.

Cependant, avec laxatifs, va convenablement à la selle.

L'extrémité du rétrécissement n'a pas été sentie.

27 mars 1928 : Bon état général et local.

3 mai 1929 : Bon état général et local.

7 avril 1930 : Aucune perte, aucune douleur. Vagin très vite rétréci en infundibulum habituel. On ne sent rien au-dessus.

T. R. : A 5 centimètres de l'anus, rétrécissement en diaphragme admettant à peine la pulpe du doigt, dur, circulaire, qui empêche de sentir quoique ce soit au-dessus.

Malgré cela, va facilement à la selle. Pas de coliques, ni ballonnement du ventre. Rien à la palpation. Pas d'œdème du membre inférieur.

OBSERVATION XIX.

(Malade du Professeur agrégé JEANNENEY.)

Mme S..., 49 ans.

Epithélioma inopérable du col avec large extension bilatérale au niveau du paramètre et des *ligaments utéro-sacrés*.

En 1923, *curiethérapie* : 20 mcd.

Radiothérapie moyenne filtrée (0,5 Zn + 2 m/m Al) : 15 séances de trente minutes sur 4 champs. Aucune rectite réactionnelle, mais

peu à peu s'établit une constipation chronique avec déformation des matières, qui sont étirées.

Août 1925 : *T. R.* : Rétrécissement dur, squaireux, en virole.

En 1929, la malade fait une récurrence ganglionnaire dans le petit bassin. Récurrence favorablement influencée par un traitement radiothérapique.

Rectoscopie : Au niveau du rétrécissement, muqueuse légèrement décolorée, mais saine, mobile sous les plans sous-jacents.

La *radiographie* montre un étranglement lisse, régulier, situé à quelques centimètres de l'an.

En résumé : Sténose par fibrose pérectale, sans altération de la muqueuse. La diathermie améliore la malade.

OBSERVATION XX.

(Malade du Centre.)

C... (L.), 50 ans.

Janvier 1925 : Epithélioma bourgeonnant de la lèvre postérieure étendue au paramètre. 3^e degré avancé.

Curiethérapie : 1 sonde avec un tube de 10 milligrammes dans le canal cervical et 2 bouchons avec un tube à 10 milligrammes dans les culs-de-sac latéraux.

Mai 1925 : *Radiothérapie* : 2 séances, 1.000 R sur chaque champ. Pendant le traitement curiethérapique, on note à plusieurs reprises des poussées de température à 38°6.

Avril 1927 : Excellent état vaginal.

T. R. : Une bride en forme de fer à cheval qui encadre le rectum par sa concavité. Pas de sang.

La *Rectoscopie* : Muqueuse saine et mobile au niveau du rétrécissement.

OBSERVATION XXI.

(Malade du Centre.)

L... (M.), 38 ans.

Epithélioma végétant du col inopérable : Large extension au paramètre et au *ligament utéro-sacré*.

Avril 1925 : *Curiethérapie* : 59 mcd.

Radiothérapie : 6 séances d'une heure.

Le traitement curiéthérapique est suivi d'une poussée fébrile.

Janvier 1926 : *T. R.* : Zone indurée à 6 ou 7 centimètres de l'anus. Sorte de croissant antérieur avec prolongements latéraux recouverts par une muqueuse souple et saine.

Etat stationnaire jusqu'à l'époque actuelle.

Résumé : Sclérose périrectale.

OBSERVATION XXII.

(Malade du Centre.)

Mme D..., 30 ans.

Epithélioma du col (baso-cellulaire), endocervical, inopérable, avec extension aux paramètres et aux *ligaments utéro-sacrés*.

Février 1928 : Pose de radium : 1 sonde avec 3 tubes à 10 milligrammes et 2 bouchons dans les culs-de-sac latéraux. *Dose*, 64 mcd.

Radiothérapie : 8.000 R sur 4 champs.

Avril 1928 : Bon état local.

Décembre 1929 : *T. R.* : A 5 centimètres de l'anus, un rétrécissement en virole, lâche, avec muqueuse saine à ce niveau. Epithélioma du col cliniquement guéri.

Résumé : Sténose périrectale.

OBSERVATION XXIII.

(Malade du Centre.)

B... (Z.), 55 ans.

Traitée en août 1928 pour épithélioma du col avec envahissement endocervical. Infiltration du paramètre à droite et à gauche avec diminution de la mobilité (épithélioma cylindrique).

Août 1928 : Pose de radium : 1 sonde intracervicale avec 2 tubes à 10 milligrammes et 2 bouchons dans les culs-de-sac latéraux. *Dose*, 70,4 mcd.

Septembre 1928 : *Radiothérapie* : 8.000 R sur 4 champs.

Vers la fin du traitement curiethérapique, des poussées de température à 37°8-38°6 et quelques poussées de température à 37°6 et 37°8 pendant la radiothérapie. La malade ne fait pas de rectite.

En mars 1929 : *T. R.* : A 4 centimètres de l'anūs, un anneau cicatriciel à bords nets, dans lequel l'extrémité de l'index peut pénétrer. La muqueuse paraît souple à ce niveau (*contrôle rectoscopique*). Constipation opiniâtre favorablement influencée par des laxatifs légers.

En résumé : Périrectite sans lésions apparentes de la muqueuse.

OBSERVATION XXIV.

(Malade du Centre.)

Mme O..., 39 ans.

Epithélioma ulcéro-bourgeonnant du col inopérable.

Février 1929 : 1 sonde intracervicale avec 3 tubes à 10 milligrammes et 1 bouchon avec 1 tube à 10 milligrammes dans chaque culs-de-sac latéral. *Dose*, 57 mcd.

Mars, avril 1929 : *Radiothérapie* : 1.200 R sur 4 champs, cela provoque des poussées thermiques importantes (fig. 8) avec légère rectite qui guérit rapidement.

Septembre 1929 : *T. R.* : A bout de doigt, un anneau scléreux avec muqueuse légèrement fixée mais souple. L'anneau est facilement dilaté avec le doigt.

Malade améliorée avec la diathermie.

CONCLUSIONS

I. — Les sténoses rectales sont des complications *rare*s du traitement curiethérapique des cancers du col utérin. D'après la statistique établie au Centre anticancéreux de Bordeaux, grâce à l'amabilité de M. le Professeur Réchou, ces lésions se rencontrent dans 2 p. 100 des cas traités.

II. — Il est important de les connaître afin de ne pas les confondre avec des récidives ou des propagations néoplasiques, confusion qui risquerait d'être préjudiciable à la malade.

III. — Ces rétrécissements sont de *deux sortes* :

- a) *Sténoses intrinsèques* de Jeanneney et Wangermez;
- b) *Sténoses extrinsèques* de Bérard et Mugniery, moins fréquentes que les premières.

IV. — A cette dualité anatomique correspond une dualité *clinique* qui permet de les distinguer.

V. — *Pathogénie* :

a) Les sténoses extrinsèques sont dues à la destruction par les radiations du tissu périrectal infecté;

b) Les sténoses intrinsèques sont causées par une radio-mucite intense occasionnée, non point par une faute de technique, mais par un accident (chute des tubes de radium dans le cul-de-sac postérieur) imputable à une malformation vaginale ou à l'indocilité de la malade.

VU : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
RÉCHOU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 7 décembre 1932.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILEY. — Nouvelles observations sur le traitement du cancer de l'utérus par le radium. *The amer. journ. of obst. and diseases of women and childr.*, 1919, t. LXXX, n° 3, p. 300 à 328.
- The use of radium in gynecological diseases. *The amer. journ. of obst.*, New-York, 1917, t. LXXV, p. 556-568 et 678-684.
- KOLDE. — Contributions au traitement des lésions du rectum consécutives aux irradiations. *Zentralbl. für gynakol.*, 1922, t. XLVI, p. 576.
- VIANNEY. — Une observation de rétrécissement du rectum et fistule recto-vaginale à la suite d'une rectite après curiethérapie d'une cancer du col utérin. *Loire médicale*, août 1928, p. 362.
- JEANNENEY et WANGERMEZ. — Sténoses cicatricielles du rectum consécutives au traitement curiethérapique pour cancer du col utérin. *Soc. anat.-clin. de Bordeaux*, 21 janv. 1929; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin 1929.
- MUGNIERY. — Des sténoses périmrectales consécutives au traitement par les agents physiques du cancer du col utérin. Thèse Lyon, 18 juin 1929.
- WANGERMEZ. — Présentation de radiographies du rectum après curiethérapie pour cancer du col utérin. *Soc. de radiol. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 28 janv. 1930, in *Bull. de la Soc. de radiol. méd. de France*, mars 1930, p. 153.

BÉRARD et CREYSSSEL. — Sténoses rectales et périrectales après traitement par les agents physiques du cancer du col utérin. Soc. de chir. de Lyon, 27 mars 1930, in *Lyon chirurgical*, août 1930.

WILLE (F.). — Effet du traitement par le radium du cancer du col utérin sur la vessie et le rectum. *Monatschr. f. geburtsh. u. gynak.*, août 1930, p. 383.

OTTOW (B.). — *Ibid.* *Zeitschr. f. geburtsh. u. gynak.*, 1930, p. 121.

BENSAUDE, OURY, GODARD. — Rétrécissements du rectum au cours de la curiethérapie intra-utérine. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, 1930, p. 993.

JEANNENEY. — Rétrécissements du rectum après curiethérapie pour cancer du col. Communication au XXXIX^e Congrès français de chirurgie, oct. 1930.

